

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3510 Société : RAN ND 20397X

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUSSI Noha el # 20397X

Date de naissance :

Adresse : Route de Rabat n° Rue EL Yassamine Hay RAHAF

Tél. : 0666262795

Total des frais engagés : 968,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) : A

Le : le 01/05/2021

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin assistant le Paiement des Actes
29 AVR 2021	Consultation B ECV	3 soit 61		INPE : 091174741 TELEFAX : 091174741 MAIL : INPE@GMAIL.COM INPE-CLINIQUE 10 AVENUE ALBERT 1ER 94110 CACHAN FRANCE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACE OULALA S.A.R.L. Boumous et M. Grandi et 0522 36 08 06	25/11/24	968,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Youssef ALLALI

Cardiologue interventionnel

Ancien cardiologue des hôpitaux de Paris

Diplômé des Universités de Paris en Cardiologie interventionnelle

Diplômé des Universités de Paris en écho-doppler Cardio-vasculaire



الدكتور يوسف علاي

أخصائي في العمليات التدخلية للقلب والشرايين

حاائز على دبلوم قسطرة القلب وتوسيع الشرايين بجامعة باريس

حاائز على دبلوم الصدى بالألوان للقلب والشرايين بجامعة باريس

Maphar
Bd Alkima N° 8, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
PANSORAL GEL T/G
P.P.V : 21,50 Dh
6 118000 012078

Casablanca le :

29 AVR. 2021

El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 36 08 06

LAGNAoui

FATIMA

138,10x6 Prenez les
nappes
Diclofenac 1/8g (2 Boîte)
1 nappes
Augmentin 1/8
1 nappes

118,00

21,50 . Pansoral (1/8)

968,00

El Mansour - Casablanca

INPE: 091174714
ICE: 001940020000042

Sur Rendez-vous

العنوان : إقامة فال روز - أ الطابق الثاني - جهة شارع محمد الخامس وساحة آل ياسر بالفدير الدار البيضاء

Adresse : Résidence VAL ROSE - A - 2^{ème} étage Angle Albert Premier (Place AL YASSIR) et Bd. Mohamed V Belvédère, Casablanca.

Tél.: 05 22 24 13 71 - Fax : 05 22 24 13 71 - E-mail : cabinetyousseffallali@hotmail.fr

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN 1g /125 mg sachets

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant ... jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV : 118,00 DH

- LOT : 653278

PER : 07/2025



PREZAR® 100 mg

Losartan

28 comprimés
pelliculés

Voie orale

bottU s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

PPV 138DH10
PER 10126
LDT M3534

PREZAR® 100 mg

Losartan

28 comprimés
pelliculés

Voie orale

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

PPV 138DH10
PER 10126
LDT M3534

PREZAR® 100 mg

Losartan

28 comprimés
pelliculés

Voie orale

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

PPV 138DH10
PER 10126
LDT M3534

PREZAR® 100 mg

Losartan

28 comprimés
pelliculés

Voie orale

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

PPV 138DH10
PER 10126
LDT M3534

PREZAR® 100 mg

Losartan

28 comprimés
pelliculés

Voie orale

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

PPV 138DH10
PER 10126
LDT M3534

PREZAR® 100 mg

Losartan

28 comprimés
pelliculés

Voie orale

bottU s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

PPV 138DH10
PER 10126
LDT M3534